Nouvelle série. JUILLET 1886. 30e année, n° 7.

L'ART DENTAIRE

REVUE MENSUELLE

DE LA CHIRURGIE ET DE LA PROTHÈSE DENTAIRES

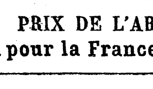
RÉDACTEUR EN CHEF ET FONDATEUR

A. PRÉTERRE

CHIRURGIEN DENTISTE AMÉRICAIN, LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDAILLE D'OR UNIQUE AUX EXPOSITIONS UNIVERSELLES DE 1867 ET 1878,
FOURNISSEUR DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC., ETC.

Ne pas avancer, c'est reculer !

SOMMAIRE :



PARIS

29, BOULEVARD DES ITALIENS, 29

NICE, succursale de la maison Préterre, 5, Place Masséna, **NICE**

New-York, Drs E. et A. Préterre, 159, Bowery.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
8 fr. par an pour la France, 10 fr. pour l'étranger.

En vente chez A. PRÉTERRE

29, *boulevard des Italiens, à Paris.*

POUDRE ET ÉLIXIR DENTIFRICES PRÉTERRE

POUR L'HYGIÈNE DES DENTS

5 fr., 10 fr., 15 fr., 20 fr. et 30 fr. le flacon, suivant la grandeur.

BAUME PRÉTERRE CONTRE LES MAUX DE DENTS

5 fr. et 10 fr. le flacon.

ÉLIXIR DE GAULTHÉRINE

POUR L'ENTRETIEN JOURNALIER DES PIÈCES ARTIFICIELLES

5 fr., 10 fr., 15 fr. et 30 fr. le flacon.

POUDRE DE GAULTHÉRINE

POUR L'ENTRETIEN DES PIÈCES ARTIFICIELLES

5 fr., 10 fr., 15 fr. et 20 fr. la boîte.

MIXTURE TONIFIANTE PRÉTERRE

CONTRE L'ÉBRANLEMENT ET LE DÉCHAUSSEMENT DES DENTS

5 fr., 10 fr., 15 fr., 20 fr. et 30 fr. le flacon.

ÉLIXIR AROMATIQUE

POUR PARFUMER L'HALEINE

5 fr., 10 fr., 15 fr. et 30 fr. le flacon.

Pour l'usage de ces diverses préparations, voir le chapitre du TRAITÉ DES MALADIES DES DENTS, consacré aux préparations dentifrices Préterre (page 205).

LA LUMIÈRE SE FAIT.

Par A. PRÉTERRE.

L'*Art dentaire* n'est plus seul à faire la lumière sur la *greffe prothésique* ou *prothétique.*

Après notre confrère, M. Bugnot, qui a réduit à sa juste valeur la prétention risquée de la greffe fantaisiste, un autre praticien distingué, M. Privat, membre du conseil de santé de la Société des gens de lettres, vient de faire entendre nettement la voix de la vérité.

Nous sommes heureux de reproduire quelques passages de sa brochure, dont la forme élégante et le fond substantiel rappellent l'*utile dulci* du poète.

A. P.

QU'EST-CE QUE LA « GREFFE PROTHÉSIQUE? »

Par M. PRIVAT.

« ... Le public, trompé par le mot *greffe,* se figure un système qui permet de planter dans les gencives des dents

---

FEUILLETON DE L'ART DENTAIRE.

ODONTIANA.

Les pieds et les autres membres, s'ils sont longtemps sans rien faire, deviennent inhabiles à leurs fonctions. Il en serait tout autant des dents, des yeux et généralement de tous les organes.

HIPPOCRATE,

Du régime dans les maladies.

artificielles, comme cela se pratique pour certaines plantes en horticulture. Peu importe la nature de la bouche, il n'est plus besoin de palais ni de plaques métalliques ou autres, ni du secours de la moindre attache ; on replante..., et voilà tout !

« Eh bien, disons-le tout de suite, ce prétendu système de *greffe prothésique dentaire* n'est autre chose qu'un *appât-réclame* pour attirer les clients crédules et peu éclairés.

« Ainsi, d'après ces novateurs, la greffe prothésique serait quelque chose comme une *troisième dentition* ; elle referait miraculeusement tous les avantages physiques : santé, beauté, jeunesse. N'y a-t-il pas là de quoi faire rêver nos lectrices ? Quel talisman, jugez donc ! Conserver indéfiniment ces dons précieux entre tous, les voir renaître sans cesse. En vérité, cette « troisième dentition » éclipse toutes les revalescières et eaux de Jouvence du monde.

« Pourtant, si vous m'en croyez, défiez-vous de la « greffe prothésique » ou « troisième dentition », comme il vous plaira ; non seulement cette panacée dentaire ne saurait tenir ce qu'elle promet, mais elle réserve à ceux qui en voudraient user de cruelles désillusions.

Le Dr Thomas nous disait qu'il avait donné rendez-vous à un patient, pour un après-midi, devant faire une extraction par le gaz; celui-ci ne se présenta pas et mourut la nuit suivante. Certainement, s'il avait donné l'anesthésique, on lui aurait attribué la mort de son client.

Plusieurs fois aussi, on l'avait accusé d'avoir produit ou aggravé certains malaises à la suite d'une opération, jusqu'au moment où l'une des fièvres éruptives faisait son apparition et expliquait les doutes formulés.

Dr HUGENSCHMIDT.

Article sur le protoxyde d'azote, dans *l'Odontologie,* mai 1886.

« ... Le devoir des dentistes français est de protester contre de pareilles énormités et de démontrer tout ce qu'il y a d'impossible et d'absurde dans ces systèmes.

« Il est temps d'ouvrir les yeux aux personnes trop confiantes : la question intéresse la santé publique autant que l'esprit et le bon sens national. »

M. PRIVAT.

DENTITION ET CROISSANCE,

Par M. le Dr CH. SAFFRAY.

Chez les enfants sains, élevés dans de bonnes conditions, la dentition n'apporte aucun trouble sérieux dans la santé. Mais pour ceux qui sont élevés contrairement aux lois de l'hygiène, la crise naturelle, s'ajoutant aux autres causes d'affaiblissement, devient le point de départ d'indispositions et de maladies, ou complique d'une manière fâcheuse les désordres déjà établis. Pour assurer à l'enfant une dentition facile, régulière, exempte de souffrances et de dangers, il suffit, dans la très grande majorité des cas, de se conformer aux préceptes que nous avons résumés ici. Aucune eau, aucun spécifique ne peut compenser, à cette époque

---

Le grincement de dents est un mouvement convulsif. Je le remarque le plus souvent chez les enfants et j'observe qu'il accompagne leurs fièvres, mais surtout leurs maladies convulsives. Le tremblement des lèvres est un signe de conséquence dans les fièvres, à moins qu'il ne soit habituel. Boerhaave dit que le tremblement des lèvres signifie ordinairement des convulsions violentes dans les fièvres aiguës.

ZIMMERMANN,
Traité de l'expérience.

critique, la mauvaise éducation physique des premiers mois.

Voici comment les choses se passent dans les conditions normales. Vers le cinquième mois, le bord des gencives commence à se gonfler, à s'élargir, et la salive devient plus abondante. A la fin du septième mois, l'enfant est agité dans son sommeil, pâlit, semble triste; les gencives sont rouges et gonflées; il y porte fréquemment les mains; il survient parfois une légère diarrhée. Au bout d'une ou deux semaines, on voit *percer*, à quelques jours d'intervalle, les deux premières dents. L'ensemble de ces symptômes se renouvelle à chaque période de la première dentition, qui s'accomplit le plus souvent dans l'ordre suivant : du 7e au 8e mois, apparaissent, à quelques jours d'intervalle, deux *incisives* médianes inférieures; six semaines ou deux mois après, à intervalle de 8 à 15 jours, les deux *incisives* médianes supérieures. De dix à douze mois, sort, à chaque mâchoire, de chaque côté des deux dents déjà poussées, une autre dent incisive, de sorte que celles-ci sont au nombre de huit, c'est-à-dire au complet. De douze à quatorze mois, sortent, dans le même ordre, en haut et en bas, quatre petites *molaires*, laissant un espace vide à côté des incisives. L'enfant a donc douze dents. Après un repos d'environ quatre mois, c'est-à-dire

---

La scène se passe aux Tuileries, d'après M. Véron.

Deux bambines jouent.

Tout en jouant, elles causent.

— On s'est bien ennuyé hier. Cemme il pleuvait, nous sommes restés enfermés toute la journée à la maison.

— Ah! ben, pas moi. Je suis sortie avec maman qui m'a emmenée. Elle est allée essayer des dents.

GEORGES PARTHENAY.

de dix-sept à vingt mois, deux *canines*, à chaque mâchoire, viennent combler le petit espace resté vide. L'enfant possède alors seize dents. Enfin, de vingt à vingt-quatre mois, sortent, à chaque mâchoire, deux autres molaires qui complètent la série de vingt dents dont se compose la première dentition.

Dans les cas ordinaires, l'enfant ne réclame, pendant la dentition, que la stricte observance du régime, le grand air, des bains, un hochet mou pour presser sur ses gencives. Ne donnez aucun remède sans l'avis du médecin ; surtout pas de sirop de têtes de pavots ou autre narcotique, sous prétexte de le calmer. Si les accidents semblent sérieux, en attendant un avis éclairé, vous ferez bien d'appliquer aux jambes un sinapisme dont vous surveillerez avec soin l'effet, et que vous enlèverez dès que la peau sera bien rougie. Vous maintiendrez ensuite les pieds très chauds.

Ce que nous avons dit de la dentition s'applique à la croissance; elle s'accomplit sans secousses chez l'enfant élevé dans des conditions normales.

Il est important de s'assurer, par des pesées fréquentes, de l'accroissement en poids de l'enfant. Pendant les deux ou trois premiers jours, il perd environ 100 grammes, par suite de l'évacuation du *meconium ;* mais ensuite, voici le nombre moyen de grammes qu'il doit peser chaque mois jusqu'à deux ans, soit : 750, 700, 650, 600, 550, 500, 450, 400, 350, 300, 250, 200.

Tout ralentissement notable dans l'accroissement doit éveiller votre sollicitude, et vous faire consulter les médecins. Dr Ch. Saffray.

(*Hygiène pratique.*)

DÉVELOPPEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE.

(Congrès de la Société allemande de chirurgie.)

M. Biondi (de Naples). — Depuis Gœthe, les chirurgiens ont admis que l'anomalie, désignée sous le nom de bec-de-lièvre, résultait d'une réunion défectueuse entre l'apophyse frontale interne et l'apophyse maxillaire, d'où la formation d'une fente qui sépare l'os intermaxillaire de l'os maxillaire supérieur. Il s'ensuit que dans le cas d'un bec-de-lièvre *double*, on a une partie intermédiaire, formée par les deux os intermaxillaires. Ces théories ont été renversées en 1879 par Abrecht (de Bruxelles), qui a démontré les propositions suivantes :

1° La lèvre supérieure et la région de l'os susmaxillaire se forment de chaque côté aux dépens de trois apophyses (non pas de deux). A cette formation, prennent part de chaque côté : l'apophyse frontale interne et externe de l'apophyse susmaxillaire.

2° De chaque côté, il y a deux os intermaxillaires ; sur chaque côté de la face on voit se développer : *a*) de l'apophyse susmaxillaire, l'os susmaxillaire ; *b*) de l'apophyse frontale externe, l'os intermaxillaire externe ; *c*) de l'apophyse frontale interne, l'os intermaxillaire interne.

3° La théorie de Gœthe doit être abandonnée. La fente du bec-de-lièvre ne se trouve pas entre l'os susmaxillaire, et l'os intermaxillaire, mais plutôt entre les deux os intermaxillaires d'un même côté. D'après Gœthe, la fente coïnciderait avec la suture incisive, mais Albrecht a réussi à démontrer l'existence de cette suture *en dehors de la fente;* de plus, il a observé parfois à la voûte palatine la suture

interincisive, *mais surtout il n'a jamais vu en dehors de la fente une dent canine, c'était toujours une dent incisive !*

Ces propositions ont été attaquées vivement par Theodor Kœlliker, qui soutint que les apophyses frontales externes n'étaient pas, comme le veut Albrecht, un troisième élément nécessaire à la formation de la lèvre supérieure, mais qu'elles servaient seulement au développement des ailes du nez.

En outre, Kœlliker n'admet que deux os intermaxillaires avec un seul point d'ossification pour chacun d'eux. La suture interincisive d'Albrecht n'est, d'après lui, qu'un sillon destiné à loger un vaisseau. La théorie de Gœthe est donc juste, et la fente du bec-de-lièvre se trouve entre le maxillaire supérieur et l'os intermaxillaire, coïncidant ainsi avec la suture incisive. La présence d'une dent incisive en dehors de la fente n'est qu'accidentelle. J'ai repris ces recherches et en examinant un très grand nombre de crânes, soit d'hommes, soit d'animaux portant cette anomalie, j'ai dû constater d'une façon générale l'exactitude des théories d'Albrecht, que je n'attaque que sur quelques points seulement. Je puis résumer le résultat de mes recherches dans les propositions suivantes :

1° La lèvre supérieure est formée de quatre parties et non de six (comme le veut Albrecht). A sa formation prennent part les apophyses susmaxillaires et les apophyses frontales internes, tandis que les apophyses frontales externes forment les ailes du nez ;

2° Le maxillaire supérieur de chaque côté se décompose en trois os : l'os susmaxillaire et les deux os intermaxillaires ;

3° Des trois points d'ossification de ces os, deux ont leur siège dans l'apophyse susmaxillaire et un dans l'apophyse

*

frontale interne (et non dans l'os susmaxillaire, un dans l'apophyse frontale interne, et un enfin dans l'apophyse frontale externe) ;

4° L'un des deux os intermaxillaires d'un côté est formé par l'apophyse susmaxillaire, c'est donc l'os intermaxillaire *gnathogène* ; l'autre par l'apophyse frontale interne, ce sera donc l'os intermaxillaire *métopogène ;*

5° Il y a encore une suture qui passe par les alvéoles des dents incisives, nommée suture interalvéolaire ;

6° La fente du bec-de-lièvre se trouve toujours entre les deux os intermaxillaires d'un côté, de sorte qu'en dehors on trouve l'os intermaxillaire gnathogène portant une dent incisive, tandis qu'en dedans de la fente se trouve l'os intermaxillaire métopogène portant une ou deux dents incisives.

(*Semaine médicale.*)

DES FRACTURES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Par Samuel COOPER,

(traduit de l'anglais).

Quelquefois cet os est fracturé près du menton, mais rarement de manière à produire la division de la symphyse. En général, la solution de continuité a lieu entre cet endroit et l'insertion du muscle masseter. Dans d'autres cas, la fracture a lieu près des angles de la mâchoire, c'est-à-dire entre l'insertion du muscle masseter et le col de l'apophyse coronoïde. Cet os peut aussi être cassé en deux endroits en même temps. Dans ce cas, il est extrêmement difficile de maintenir la portion moyenne dans la situation convenable

parce que plusieurs des muscles qui abaissent la mâchoire inférieure se fixent à cette partie de l'os.

Quelquefois les condyles ou les apophyses coronoïdes sont cassés ; les premières de ces fractures sont les plus fréquentes.

Les fractures de la mâchoire inférieure peuvent être perpendiculaires à la base de l'os, obliques ou transversales. On a vu des exemples de ces dernières, dans lesquelles une portion de l'arcade dentaire, avec les dents qui s'y implantaient, était détachée du reste de l'os.

Les parties molles sont, en général, contuses et blessées. G.-L. Petit rapporte un cas dans lequel l'os fut cassé et l'apophyse coronoïde entièrement dénudée par un coup de pied de cheval.

Dans les fractures de la mâchoire inférieure, le déplacement peut avoir lieu de la manière suivante : Lorsque la fracture est située près de la symphyse du menton, l'un des fragments est tiré en bas par les muscles abaisseurs de la mâchoire inférieure, tandis que l'autre est maintenu contre la mâchoire supérieure par le muscle antagoniste des premiers. Quand la fracture a lieu plus en arrière, le déplacement est dans le même sens, mais il est plus difficile. Lorsque l'os est cassé en deux endroits, le fragment moyen est toujours tiré en bas et en arrière par les muscles qui s'attachent au menton, tandis que les deux fragments latéraux sont soutenus par les muscles élévateurs de la mâchoire. Quand la branche de cet os est cassée, le muscle masseter étant fixé aux deux fragments, il n'y a point de déplacement notable. Enfin, lorsque le col du condyle est fracturé, l'apophyse elle-même est entraînée en avant par le muscle ptérygoïdien externe.

Lorsqu'une personne a reçu un coup sur la mâchoire

inférieure, ou que l'os est affecté par suite d'une chute ou par la pression d'un corps pesant, qu'une douleur aiguë se fait sentir dans la partie, qu'on peut sentir des inégalités à la base de cet os, que quelques-unes des dents qui correspondent à cette inégalité sont plus basses que les autres et enfin qu'en faisant agir les fragments de la mâchoire l'un sur l'autre, on entend une crépitation, il ne peut y avoir aucun doute sur l'existence de la fracture. Si les gencives sont lacérées ou l'os mis à nu par une plaie, le diagnostic sera (si cela est possible) encore plus facile.

Les fractures des branches de la mâchoire et des condyles occasionnent beaucoup de douleur près de l'oreille, surtout quand on fait mouvoir la mâchoire; on peut aussi sentir la crépitation.

Les fractures de la mâchoire inférieure, qu'elles soient simples ou doubles, sont facilement réduites, en poussant la partie déplacée en haut et un peu en avant, et en pressant ensuite sur la base de l'os, de manière à la ramener exactement sur le même niveau que la portion qui est restée dans sa position naturelle. C'est seulement en faisant attention à la ligne que devrait former la base de la mâchoire inférieure, en observant si l'arcade dentaire est aussi régulière que dans l'état naturel, qu'on peut s'assurer si la réduction est bien faite. Il est difficile de maintenir la fracture réduite; on ne peut le bien faire qu'en soutenant la mâchoire inférieure et en la maintenant appliquée contre la mâchoire supérieure. Comme cette dernière indication ne peut pas être convenablement remplie chez les personnes dont les dents sont très irrégulières, il est quelquefois nécessaire de placer un morceau de liège entre les dents de chaque côté de la bouche, tandis qu'on soutient la mâchoire inférieure avec le bandage dont nous parlerons bientôt.

L'ouverture qui se trouve alors entre les dents incisives où il n'y a point de liège, permet l'introduction des aliments et des médicaments au moyen d'une petite cuiller.

Aussitôt que la fracture est réduite, le chirurgien doit adapter sous la base et le long des parties latérales de la mâchoire inférieure, du carton épais préalablement mouillé et ramolli avec du vinaigre. Il appliquera par-dessus ce carton mouillé un bandage à quatre chefs dont le centre sera placé sous le menton du malade, les deux chefs postérieurs fixés sur la partie antérieure de son bonnet de nuit et les deux chefs antérieurs fixés de même, mais plus en arrière. Lorsque le carton se dessèche, il forme l'appareil le plus commode qu'on puisse imaginer pour entourer et soutenir la fracture. On applique alors un morceau d'emplâtre de savon sur la peau, afin d'empêcher les inconvénients qui pourraient résulter de la pression exercée par le carton et de sa dureté.

Jusqu'à ce que l'os soit solidement uni, le malade ne doit faire usage que d'aliments qui n'ont pas besoin d'être mâchés et ils doivent être donnés au moyen d'une petite cuiller qu'on introduit entre les dents. Les bouillons, les gelées, et en général, les aliments liquides sont les plu convenables.

Pour empêcher que la portion moyenne de l'os ne soit tirée en bas et en arrière vers le larynx, il est souvent néces saire de placer des compresses très épaisses immédiatement dessous et derrière le menton, et de les bien soutenir avec le bandage que nous venons d'indiquer.

Il me paraît presque inutile de dire qu'il faut empêcher, autant que possible, le malade de parler ou de remuer la mâchoire.

Comme le condyle, lors de sa fracture, est toujours tiré

en avant, par l'action du muscle ptérygoïdien externe, et qu'il est situé si profondément qu'on ne peut pas le pousser en arrière, il faut, autant que possible, mettre la portion inférieure en contact avec lui. Dans ce but, on doit faire agir le bandage principalement sur l'angle de la mâchoire, sur lequel on place aussi une compresse épaisse.

Les fractures compliquées de la mâchoire inférieure doivent être traitées d'après les mêmes principes que les lésions semblables des autres os. Si cela est possible, il faut faire réunir la plaie par première intention, et si l'on ne réussit pas, il faut veiller à la propreté de la plaie, et pour cela on la pansera tous les trois jours, mais pas plus souvent, crainte de trop déranger la fracture. On a observé que des fractures compliquées de la mâchoire inférieure, et même des fractures simples, mais qui sont suivies de la formation d'abcès, sont souvent accompagnées d'exfoliations qui rendent la guérison longue et difficile.

Dans des fractures très graves, où tout mouvement de la mâchoire doit avoir un effet nuisible, je pense qu'il est convenable de ne permettre que l'usage d'aliments liquides, qu'on introduira dans l'estomac au moyen d'une sonde en gomme élastique, passée dans l'œsophage par l'une des narines.

S. Cooper.

ACTION DU SULFURE DE CARBONE DANS LES NÉVRALGIES.

Nous avons déjà parlé plusieurs fois de l'action du menthol dans les névralgies, action fort souvent inconstante ou désagréable.

Le *Journal de médecine de Paris* préconise ce moyen, très efficace d'après lui.

Prenez :

Sulfure de carbone rectifié.....	20 grammes.
Essence de menthe...........	10 —

Agitez :

Cette solution s'applique *loco dolenti,* à l'aide d'un pinceau de blaireau. Quand le badigeon est pratiqué sur la face, le malade doit fermer les yeux afin d'éviter l'irritation produite par les vapeurs de sulfure de carbone ; le badigeon doit durer de une à trois minutes, selon la sensibilité du malade. Il produit d'abord une sensation de froid intense suivie bientôt d'une vive sensation de brûlure, accompagnée quelquefois, mais pas toujours, d'une rougeur passagère de la peau. Dans toutes les névralgies superficielles, faciales, dentaires, intercostales, dans les douleurs rhumatismales superficielles, ce badigeon pratiqué *loco dolenti* produit un soulagement instantané, souvent une guérison immédiate et définitive (?) en produisant une action répulsive nerveuse énergique et une anesthésie locale qu'il est facile de constater quand le badigeon a été un peu prolongé. Dans les névralgies plus profondes telles que la sciatique, il faut pulvériser la solution sur les points douloureux et sur tout le trajet du nerf.

Les névralgies dentaires cèdent le plus souvent à un badigeon pratiqué sur la joue correspondante ; dans les cas les plus rebelles, on peut pratiquer un léger badigeon sur la gencive et mettre dans la dent cariée une boulette de coton imprégnée de la solution. J'ai réussi encore à calmer des névralgies dentaires, faciales et pharyngiennes très rebelles, en introduisant dans le conduit auditif, mais sans

l'enfoncer, un tampon humecté de la solution, puis légèrement exprimé ou recouvert d'une petite couche de coton sec. L'excitation produite sur le méat est très vive, ce qui nécessite ces petites précautions.

ALTÉRATIONS DES DENTS DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE,

Par M. le Dr Galippe.

En 1882, à propos d'observations publiées par M. Demange (de Nancy), sur la chute spontanée des dents dans l'ataxie locomotrice, nous avions émis quelques doutes sur le rôle exclusif que l'on faisait jouer à cette maladie.

Les lésions observées du côté du trijumeau et les troubles fonctionnels pouvant en résulter, nous paraissaient bien plutôt de nature à créer un terrain, c'est-à-dire à favoriser le développement d'une maladie connue sous le nom d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Cette affection, que j'ai étudiée avec M. Malassez, est produite par un parasite. Elle est caractérisée par l'ébranlement et la chute des dents, s'accompagnant d'une suppuration plus ou moins abondante et la destruction du rebord alvéolaire. Souvent le rebord alvéolaire s'élimine à l'état de fragments plus ou moins considérables; mais la réparation se fait vite; il n'en est pas toujours de même chez les ataxiques, comme nous le verrons tout à l'heure.

Nous avions été fortifié dans nos doutes par l'examen de la bouche d'une centaines d'ataxiques, observés dans les services de MM. Debove, Raymond, Landouzy, Luys, Charcot.

Les signes cliniques observés nous paraissaient si voisins

de ceux que l'on constate dans l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, qu'il nous eût été impossible, par l'examen seul des lésions produites, d'établir un diagnostic différentiel.

Nous avions, du reste, un moyen sûr de rapprocher ces lésions l'une de l'autre et de les identifier même ou de les différencier.

M. Malassez et moi nous avons constaté la présence, dans les dents atteintes d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, de parasites ayant envahi la dent par le cément.

Il est bien évident que si, dans l'ataxie locomotrice, la chute des dents, qui est loin d'être une règle absolue, pouvait être attribuée exclusivement à des troubles trophiques, on n'y trouverait point de parasites. Le contraire démontrerait que le mécanisme de leur chute serait très voisin, sinon identique à celui de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire.

Bien que les ataxiques perdent fréquemment les dents du maxillaire supérieur, il est très difficile de s'en procurer, soit que ces dents soient avalées ou que les malades n'attirent point l'attention du médecin sur cet accident. Il m'a fallu attendre longtemps avant de pouvoir vérifier mon hypothèse. C'est grâce à l'obligeance de mon collègue et ami M. Féré que j'ai pu me procurer des dents d'ataxiques tombées spontanément. La compétence toute spéciale et si appréciée de notre collègue rend superflue toute discussion du diagnostic.

L'examen de ces dents par la méthode que j'avais déjà suivie avec M. Malassez, pour l'examen des dents tombées à la suite de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, nous a conduit au même résultat. Les dents tombées spontanément dans l'*ataxie locomotrice* sont envahies par les parasites. Mon maître et ami M. Malassez a bien voulu examiner mes

préparations et me donner, avec sa bienveillance habituelle, les conseils techniques dont j'avais besoin.

L'examen microscopique seul ne permet pas de différencier les lésions non plus que les parasites, des lésions et des parasites observés dans l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. C'est seulement à l'aide des cultures que l'on pourra les identifier ou les différencier.

Le fait n'en est pas moins établi. Il démontre que c'est par un véritable abus de mots qu'on a pu dire que les dents des ataxiques tombaient absolument intactes.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

Dr GALIPPE.

NÉCROSE ARSENICALE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

La communication suivante est extraite des *Mémoires de la Société de médecine de Nancy* (séance du 24 juin 1885) :

M. Heydenreich relate un cas de nécrose arsenicale du maxillaire inférieur.

L'existence de cette affection est contestée et la seule mention que l'on en trouve dans les auteurs est un passage de quelques lignes extrait de la thèse de M. Porte (*De la Nécrose phosphorée*, th. de Paris, 1869). M. Porte dit avoir vu dans le service de Laugier, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme de 25 ans, atteint d'une nécrose des mâchoires produite par un séjeur prolongé dans un atelier de papiers peints. Ce fait, rapporté sans autres détails, échappe à la discussion et est loin d'être concluant. M. Heydenreich considère, au contraire, l'observation comme absolument probante.

Il s'agit d'un homme âgé de 41 ans, teinturier, entré à l'hôpital civil le 5 mai 1885. Trois ou quatre mois auparavant était survenu chez cet homme, un gonflement considérable de la joue droite, en même temps qu'un boursouflement des gencives des deux mâchoires, mais surtout de la mâchoire inférieure. Un grand nombre de dents parfaitement saines de la mâchoire supérieure étaient tombées ; quelques semaines après, le malade avait perdu presque toutes les dents de la mâchoire inférieure. Le gonflement avait fini par se localiser sur une portion du maxillaire inférieur, commençant un peu à gauche de la ligne médiane et s'arrêtant à un travers de doigt en avant de l'angle de la mâchoire du côté droit. Vers le milieu de la partie gonflée, s'était formé un abcès, qu'un médecin avait percé environ six semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital. Cette ouverture était restée fistuleuse, du pus s'écoulait également par la bouche. Enfin, une portion du maxillaire inférieur s'était dénudée dans la bouche et était devenue mobile.

Cette portion nécrosée, complètement isolée, fut extraite facilement le 8 mai, laissant à nu une cavité entièrement tapissée de bourgeons charnus. Ce séquestre comprenait les alvéoles de la canine et des deux incisives droites et une partie de l'alvéole de la première incisive gauche ; inférieurement, il ne s'étendait pas tout à fait jusqu'au bord inférieur de l'os, mais il présentait un prolongement inféro-externe, sur lequel se voyait le trou mentonnier.

En examinant le maxillaire inférieur sur toute sa longueur, M. Heydenreich remarqua que cet os, en avant de la branche montante gauche, était réduit, sur une longueur de deux travers de doigt, à une hauteur d'un travers de doigt seulement, en même temps que son épaisseur était

augmentée. Il semblait qu'en ce point déjà une nécrose, suivie de l'expulsion d'un séquestre, avait dû altérer la forme de l'os. Mais le malade n'avait pas remarqué, dans cette région, d'autre phénomène que la chute de ses dents.

A quelle cause fallait-il attribuer la nécrose du maxillaire chez cet homme? Il ne présentait aucun antécédent syphilitique, scrofuleux ou rhumatismal. L'affection avait débuté par la chute des dents et le boursouflement des gencives sur les deux mâchoires, comme si la cause productive de la maladie avait attaqué d'abord les parties superficielles pour gagner ensuite la profondeur. L'idée d'une intoxication se présenta naturellement. Mais il fallut écarter toute idée d'intoxication phosphorée, mercurielle ou saturnine.

Le malade était teinturier depuis son enfance. Les couleurs qu'il maniat étaient des couleurs d'aniline, en particulier la fuschine. Or, ces couleurs contiennent souvent de l'arsenic. M. Heydenreich s'arrêta à l'hypothèse d'une intoxication arsenicale, et cette hypothèse ne tarda pas à être pleinement confirmée.

Le 9 mai, le lendemain de l'extraction du séquestre, le malade s'étant plaint d'un prurit violent en tout le corps et ayant ajouté que depuis bien des mois il était sujet à des démangeaisons, on constata chez lui des lésions cutanées multiples : prurigo disséminé sur tout le corps; éruptions vésiculeuses aux aines, aux aisselles, aux plis du coude ; squames sèches recouvrant le scrotum, tandis qu'à la jonction des bourses et des cuisses, l'épiderme, arraché en partie, laissait à nu une surface humide. Enfin, sur le tronc, en avant et en arrière, on remarquait, en un grand nombre de points, une lésion, dont il était facile de suivre les phases successives : petite croûte rouge brun qu'arra-

chait le malade, ulcération superficielle, enfin cicatrice blanche, arrondie, ayant en moyenne 5 à 6 millimètres de diamètre. Des bains alcalins furent prescrits.

Au bout de peu de jours, on constata sur toute la surface du corps, une desquamation s'opérant sous forme de farine blanche et de petits squasmes.

Puis, on vit apparaître le 15 mai, de l'œdème de la région malléollaire à droite et à gauche, œdème qui disparut au bout de peu de jours. L'urine, examinée à ce moment, ne contenait pas d'albumine; mais la présence de l'arsenic y fut décelée manifestement par M. Garnier. Or le malade avait quitté son travail depuis plus de quatre mois. Il est à remarquer que le sequestre du maxillaire ne contenait pas trace d'arsenic.

Quelques jours après, le 18 mai, une série d'abcès tubéreux se montraient dans les deux aisselles; ces abcès furent incisés successivement. Le 1er juin, il fallut ouvrir un abcès sous-cutané de l'abdomen, situé immédiatement à gauche de l'ombilic.

Vers cette époque, le malade, ayant marché un peu dans la journée, se plaignit d'un symptôme dont il n'avait pas parlé jusqu'alors et qui consistait dans une certaine faiblesse des jambes. Cette faiblesse avait commencé à se manifester déjà depuis sept ou huit mois; elle avait même déterminé cet homme à diminuer son travail, puis à l'abandonner complètement, en même temps qu'apparaissaient les manifestations du côté de la bouche. Cette faiblesse ne s'accompagnait pas d'anesthésie; mais, au contraire, d'hyperesthésie des pieds et des jambes. Il s'y joignait passagèrement de la somnolence.

Actuellement, chez ce malade, les jambes sont plus fortes. Les manifestations cutanées sont guéries; il ne

subsiste qu'un peu de desquamation de l'épiderme en certains points du corps.

En résumé, l'intoxication arsenicale est bien nette chez cet homme. Elle a débuté par des phénomènes du côté du système nerveux ; elle s'est manifestée ensuite par des lésions de la bouche (gingivite, chute des dents, nécrose du maxillaire inférieur), et par des lésions cutanées multiples. Elle a été confirmée par le résultat de l'examen des urines.

LA SALIVE ET LES MICROORGANISMES DE LA BOUCHE.

Par le Dr Michel.

La salive est le produit de la sécrétion de glandes très nombreuses et très diverses par leur structure. Indépendamment des glandes salivaires proprement dites parotides, sous-maxillaires et sublinguales, qui en constituent la principale source, la muqueuse buccale est doublée dans presque toute son étendue de glandules beaucoup plus petites dont les produits sont déversés à sa surface. Comme l'eau d'un lac où viendraient se jeter cent cours d'eau grands et petits, la salive qu'on recueille dans la bouche, la salive mixte, est un liquide très complexe. Poursuivant notre comparaison nous y trouvons à étudier, outre le liquide lui-même, et sa constitution chimique, des éléments figurés qui y flottent en grand nombre. Les uns, débris arrachés par les torrents à leurs rives, par le flot sécrétaire aux parois des glandes, sont des corps morts désormais qui ne présentent guère qu'un intérêt de curiosité. Plus intéressants sont les hôtes vivants, les poissons du lac, les microorganismes qui pullulent dans la salive; leur existence est depuis longtemps

connue, mais le rôle important qu'ils jouent n'est soupçonné que depuis quelques années.

La composision chimique de la salive mérite d'abord de fixer notre attention. Ordinairement elle est alcaline et bleuit le papier rouge de tournesol. C'est là sa réaction normale, celle qu'elle manifeste à l'état frais. Mais vient-elle pour une cause ou pour une autre à n'être plus assez souvent renouvelée, on lui trouve une réaction acide. Cette *acescence* de la salive a été assez souvent étudiée : on peut l'observer au moment du réveil ou quand un long espace de temps s'est écoulé depuis le dernier repas. M. Magitot a même montré qu'au fond du sillon gingivo-labial elle persiste chez quelques personnes tout le temps de la vie. Elle est plus marquée encore chez le vieillard dans un grand nombre d'états pathologiques, surtout dans la fièvre typhoïde. C'est seulement cette salive acide qui peut permettre le développement du muguet, comme nous aurons bientôt l'occasion de le répéter. Il nous resterait à nous demander pourquoi la salive abandonnée à elle-me subit des altérations aussi rapides et aussi profondes, problème dont un examen méthodique nous donnera bientôt la clef. Chimiquement analysée, la salive contient surtout de l'eau, 99 grammes pour cent. Le dernier centième est formé de sels : chlorures, carbonates et phosphates de potasse, de soude et de chaux, plus une petite quantité de mucus, toutes substances dont le contact est et doit être parfaitement toléré par les tissus. On sait, en effet, que dans l'immense majorité des cas les plaies de la bouhe se cicatrisent rapidement, comme si la salive jouait pour elles le rôle d'un topique favorable. Une substance moins innocente est le sulfocyanure de potassium, dont la présence dans la bouche a été mainte fois contestée, mais qui paraît bien pourtant y exister normalement, au moins à l'état de

traces. On sait que les solutions, même très étendues de ce sel rougissent par l'addition de perchlorure de fer, réaction qu'on peut mettre à profit pour savoir si le contenu d'un kyste, par exemple, ou le liquide qui s'écoule d'une fistule, est constitué ou non par de la salive. Dans le cours de ses recherches à ce sujet, Wright ayant vu mourir des lapins auxquels il injectait de la salive dans les veines crut à un empoisonnement par le sulfocyanure qui, de fait, est doué d'un pouvoir toxique extrême. Mais ses expériences furent reprises sans succès par Cl. Bernard. Nous verrons quelle nterprétation nouvelle Pasteur a donnée à ces faits intéressants. Disons tout de suite que le sulfocyanure n'a rien à voir avec les méfaits dont on l'a chargé. Il peut même jouer, dans une certaine mesure, un rôle salutaire en s'opposant à la manière d'un antiseptique naturel au progrès des fermentations buccales. Des sels de soude et de potasse nous n'avons rien à dire, ils existent là comme dans toutes les humeurs de l'économie. Mais les phosphates et carbonates de chaux et de magnésie qui s'y mêlent, en forte petite quantité d'ailleurs, méritent de nous arrêter. Ils constituent, en effet, les principaux matériaux du tartre dentaire, au moins aux yeux de presque tous les auteurs. Cl. Bernard voulait que ce tartre fût une sécrétion morbide du périoste alvéolo-dentaire. Mais Milne-Edwards a montré des dépôts de tartre sur des dentiers artificiels portés par des vieillards qui avaient perdu toutes leurs dents, et dont les alvéoles étaient recouvertes par les gencives, ce qui paraît trancher définitivement la question. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ce sujet, qui mériterait une étude spéciale.

On remarquera que jusqu'ici nous n'avons pas dit un mot de cette ptyaline, ou diastase salivaire, qui a été l'objet de tant de discussions. C'est que cette substance est plutôt

supposée par la physiologie qu'isolée par la chimie. C'est un fait bien connu et facile à vérifier que la salive mixte de l'homme transforme l'amidon cuit successivement en dextrine et en sucre, et cela sans être elle-même altérée dans sa composition, ce qui constitue au premier chef une fermentation. Berzelius, Miahle, Schwann comparèrent ce phénomène à celui par lequel la fécule de l'orge qui germe, par exemple, se transforme en glucose sous l'influence d'un ferment soluble, d'un corps albuminoïde, la diastase végétale. Et de fait ces chimistes, par des traitements variés, réussirent à extraire de la salive buccale un albuminoïde qui fut baptisé *diastase salivaire*. Par malheur ce corps n'a rien de constant dans sa composition ni même dans son action sur l'amidon : la ptyaline de Miahle, par exemple, diffère de celle de Berzelius, pour ne pas aller plus loin.

Il faut convenir qu'on a pu faire fausse route et retenir seulement ce fait brut qu'il y a dans la salive mixte des matières organiques, albuminoïdes, qui transforment l'amidon en dextrine à la manière d'un ferment, mais dont la constitution nous reste encore inconnue.

Maintenant nous en avons fini avec les réactifs et les analyses. Prenons une goutte de salive ou, pour mieux faire, râclons légèrement la langue, et examinons au microscope le liquide un peu louche que nous avons entraîné. Au milieu des débris alimentaires qui y restent en suspension : grains de fécule, gouttelettes de graisse, nous apercevons un grand nombre des cellules pavimenteuses détachées de la surface de la muqueuse linguale. Ces cellules, plates, marquées d'empreintes où s'engrenaient leurs voisines, possèdent presque toutes un noyau et par conséquent ont cessé de vivre. Elles sont isolées ou réunies par groupes, çà et là on voit même de gros cônes carnés qui représentent

l'extrémité tout entière d'une papille linguale décapitée par quelque traumatisme. N'oublions pas quelques corpuscules semblables par leur corps arrondi, leur gros noyau, leurs granulations, à ceux du pus et de la lymphe, cellules migrarces qui, selon la remarque de M. Ranvier, proviennent aussi bien de la muqueuse elle-même que des parois des glandes : ce sont les corpuscules salivaires ou muqueuses des anciens auteurs. Ces débris, ces enduits buccaux, ces saburres pour employer le mot par lequel le désignait la vieille médecine, sont surtout abondants là où ils sont protégés par des anfractuosités contre les courants du lac salivaire, toujours prêts à les emporter. Ainsi ils s'amassent entre les dents, dans le cul-de-sac gingivo-labial et surtout sur le dos de la langue, dans l'espèce de forêt que leur font les papilles. Ils doivent être considérés comme le produit normal de la rénovation de l'épithélium buccal; leur abondance plus grande dans certains états morbides donne à la langue cet aspect spécial qui fait dire qu'elle est chargée, saburrale, et elle constitue en clinique un symptôme précieux.

(*Revue dentaire.*) Dr MICHEL.

APPLICATIONS ET DOSES THÉRAPEUTIQUES DU CHLORHYDRATE DE COCAINE.

Usage interne.

Potion :	Chlorhydrate de cocaïne..	0,10 centigr.
	Sirop de fleur d'oranger..	50 gr.
	Eau distillée............	100 gr.

Faire dissoudre. A prendre dans les 24 heures par cuillerées à bouche pour combattre les vomissements incoercibles.

Elixir : Chlorhydrate de cocaïne. . 0,20 centigr.
Vin de Lunnel.......... 200 gr.
Sirop de sucre.......... 100 gr.
(f. s. et mêlez)

Sirop : Chlorhydrate de cocaïne. . 0,20 centigr.
Sirop d'écorces orang. am. 250 gr.
(f. s. a. et mêlez).

A prendre par cuillerées à bouche, 5 dans les 24 heures.

Toutes ces préparations constituent des gargarismes-potions de premier ordre en tant qu'anesthésiques des muqueuses de la bouche, du larynx et de l'œsophage. Dans les cas de gastralgies, leur succès est certain, car on peut absorber impunément 0,10 et même 0,20 centigr. de chlorhydrate de cocaïne dans les 24 heures.

Usage externe.

Sirop de dentition : Chlorhydrate de cocaïne. 0,15 centigr.
Sirop de safran....... 8 gr.

Faire des frictions sur les gencives pour calmer le prurit dentaire.

Art dentaire.

Dans l'art dentaire, comme il s'agit d'opérer sur des parties très dures et offrant une grande résistance à l'imprégnation et à l'absorption des liquides, il est nécessaire, avant de tenter l'extraction d'une dent, de badigeonner les gencives voisines avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 pour 100. — On conseille aussi de faire, *loco dolenti*, des pulvérisations d'éther cocaïné à 5 pour 100,— puis on procède à l'opération.

(*L'Avenir pharmaceutique.*)

M. le Dr Nicolas nous prie d'annoncer qu'il a cessé de collaborer au journal *la Liberté*.

VARIA

Trempe des pignons.

La trempe au pétrole donne d'excellents résultats.

Les parties d'acier à tremper sont d'abord confiées au charbon comme à l'ordinaire, puis enduites de savon et amenées au rouge cerise; on les plonge alors dans le pétrole sans aucune crainte que le liquide s'enflamme. Les objets d'acier trempés de cette manière ne gauchissent pas, si minces qu'ils soient et demeurent presque entièrement bruts.

BIBLIOGRAPHIE

INNOVATIONS A CAUTERETS par le docteur *Duhourcau*, lauréat de l'École supérieure de pharmacie, ex-interne des hôpitaux, membre de plusieurs Sociétés savantes. — Privat, éditeur, 45, rue des Tourneurs, Toulouse.

M. Duhourcau, qui exerce la médecine à Cauterets, aime passionnément cette station pyrénéenne. En vertu du proverbe « qui aime bien châtie bien », M. Duhourcau dit de grosses vérités aux administrateurs des sources sulfureuses de son pays. Les conseils que donne l'auteur devraient être écoutés, les innovations et les améliorations matérielles qu'il propose devraient être réalisées. Ce serait le moyen de ne pas laisser trop diminuer la clientèle de bronchitiques, d'aphoniques, de granuleux, de dyspepsiques et de dartreux, que les stations rivales, plus coquettes, cherchent à enlever à Cauterets. A. P.

A. PRÉTERRE, *rédacteur en chef, propriétaire.*

Gérant : ROCHE.

EXTRAIT

DU

MUSÉE DES RESTAURATIONS BUCCALES

DE A. PRÉTERRE,

APPAREILS PROTHÉTIQUES CONSTRUITS POUR LES HOPITAUX CIVILS & MILITAIRES ET POUR LA PRATIQUE CIVILE.

Bec-de-lièvre simple ou double, Gueule-de-loup, Résections partielles ou totales des mâchoires inférieure ou supérieure, Nécroses phosphorées, Perforations palatines simples ou multiples, Accidents syphilitiques tertiaires, Difformités dentaires, Anomalies, etc., etc.

Tous ces appareils sont des duplicata des appareils construits pour les malades blessés ou opérés confiés à nos soins, par MM. les docteurs dont les noms suivent, et ils peuvent être divisés ainsi qu'il suit :

1° Restaurations du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur après leur ablation totale ou partielle;

2° Obturateurs des fissures congénitales ou acquises de la voûte et du voile du palais, ne remplaçant pas seulement la substance perdue, mais rétablissant les fonctions de l'organe;

3° Restaurations des plaies d'armes de guerre, pièces commandées par le Gouvernement français pour les blessés de Crimée et d'Italie, de Chine, du Mexique et de la dernière guerre allemande;

4° Pièces diverses dont la nature n'a pas permis le classement.

1. NÉLATON. . . . Obturateur pour une fenestre palatine pratiquée pour l'enlèvement d'un polype naso-pharyngien. (*Hôp. des Cliniques.*)

2. DEMARQUAY.. . Obturateur à ressort pour une division syphilitique. (*Maison municipale de santé.*)

3. RICORD.. . . . Obturateur à ressorts palmés pour division syphilitique du voile du palais. (*Hôpital du Midi.*)

5. TROUSSEAU.. . Obturateur à boule excentrique pour une perforation du voile du palais. (*Hôtel-Dieu.*)

6. VELPEAU. . . . Obturateur à cage métallique pour division congénitale du voile du palais.

8. DENONVILLIERS. Obturateur à cage pour division congénitale de la voûte et du voile du palais; résection de l'os incisé et chéiloplastie; l'obturateur est porteur de quatre dents incisives. (*Hôpital Saint-Louis.*)

DEBOUT. . . . Obturateur mi-rigide, mi-souple, appliqué pour division congénitale de la voûte et du voile du palais avec un plein succès chez un malade qui avait subi (1847) une opération infructueuse de staphylorraphie, par M. Roux. (*Présenté à la Société de chirurgie, le 26 juillet 1862.*)

2. MOUNIER. . . . Appareil destiné à combler une perte de substance résultant d'une fracture comminutive du maxillaire supérieur, avec destruction de la portion palatine et de toute l'arcade dentaire du côté gauche, à l'exception des trois molaires du côté gauche. (*Plaie d'arme à feu. — Bataille de Magenta.*)

14. *Baron* LARREY et PERRIN. Restauration du maxillaire inférieur brisé comminutivement par une balle qui avait emporté en même temps une partie de l'arcade dentaire du côté droit (*Présenté à l'Acad. imp. de méd.—Bataille de Magenta.*)

17. BAIZEAU. . . . Appareil destiné à remplacer tout le corps de la mâchoire inférieure, détruit par une balle qui, en même temps, avait enlevé la presque totalité de la langue et rendu par là impossible la mastication et la déglutition; ces désordres déterminaient une perte de salive et des troubles de la digestion auxquels cet appareil a également remédié. — Présenté au conseil de santé des armées. (*Hôpital du Val-de-Grâce. — Bataille de Solférino.*)

18. Bayran. . . . Restauration de la portion droite et de l'angle du maxillaire inférieur après fracture comminutive par un coup de feu. *(Assaut de Malakoff.)*

20. Legouest. . . Appareil contentif appliqué pour la destruction du maxillair inférieur et du menton par une balle. *(Val-de-Grâce.)*

Cet appareil a eu surtout pour résultat de remédier au chevauchement des dents et autres désordres, suites inévitables de la perte du maxillaire inferieur, sur la voûte palatine et sur l'arcade dentaire supérieure. *(Bataille de Montebello.)*

22. Maisonneuve. Restauration d'une portion du maxillaire supérieur après son ablation. *(Malade présenté à l'Acad. de méd. — Hôp. de la Pitié.)*

24. Michaux.. . . Restauration du maxillaire supérieur droit, enlevé pour une tumeur myéloide.

26. Maisonneuve. Maxillaire inférieur en totalité, pour remplacer le maxillaire inférieur enlevé pour une tumeur de nature fibreuse développée dans le corps de l'os, et s'étendant de chaque côté du droit principalement. *(Présenté à l'Académie de médecine. — Hôpital de la Pitié.)*

29. Broca. . . . . Obturateur pour une division de la voûte du voile du palais. *(Hôpital de Bicêtre.)*

30. Parise *de Lille*. Maxillaire supérieur gauche et moitié latérale de l'ethmoïde du même côté entièrement remplacés à la suite de leur ablation necessitée par une tumeur fibro-plastique.

36. Chassaignac. . Obturateur pour une nécrose du maxillaire supérieur avec perforation de la voûte palatine.

38. Nélaton et Sédillot. Appareil destiné à combler une double fissure palatine.

Cet appareil est porté depuis sept ans, et comme il s'agissait ici de traumatisme, les résultats ont été immédiats : nul n'eût pu soupçonner l'infirmité du malade.

44. Cullerier. . . Obturateur pour une fissure syphilitique du voile du palais. Il offre ceci de particulier que le ressort qui soutient la fente du voile du palais est de forme entièrement circulaire. *(Hôpital du Midi.)*

45. Nélaton. . . . Appareil pour la cautérisation de la voûte palatine.

Cet appareil a permis à M. le professeur Nélaton d'employer pour la première fois un procédé qui lui est propre pour la destruction, au moyen d'un chlorure de zinc, d'une tumeur encéphaloide, dont l'état de dégénérescence faisait redouter l'hémorrhagie. *(Clinique de la ville.)*

46. Giraldes. . . Obturateur de la voûte et du voile du palais, division congénitale. *(Hôpital des Enfants.)*

47. Duchenne *de Boulogne*. Elévateur de la langue dans un cas de paralysie de cet organe. *(Clinique de la ville.)*

48. Dunglas. . . . Nez artificiel pour masquer la destruction, par un cancer, de toute la partie droite de l'aile à la racine. *(Fac. de Lima.)*

50. Huguier. . . . Appareil appliqué sur la couverture d'un abcès du sinus maxillaire qui avait entraîné la nécrose et la destruciion du sinus et de l'arcade dentaire du côté gauche. *(Hôpital Beaujon.)*

54. Michon. . . . . Appareil pour combler la cavité résultant d'une ablation d'une portion du maxillaire supérieur pour une nécrose de cet os. *(Hôpital de la Pitié.)*

57. Vallet *d'Orléans*. Obturation pour une division congénitale de la voûte et du voile du palais.

58. Bertherand. . Destruction complète du nez et de la voûte palatine, légère perte de subtance de la portion moyenne du maxillaire inférieur.— Restauration mécanique de toutes ces parties. (Suite de tentative de suicide.) Présenté à la société de chirurgie, 28 avril 1863. *(Hôpital d'Alger.)*

59. Laveran. . . . Obturateur pour une perforation palatine avec perte des incisives par suite d'ulcération syphilitique. *(Hôpital militaire du Val-de-Grâce.)*.

60. JARJAVAY. . . Appareil construit pour un malade de son service et qui portait une fistule et une nécrose du sinus maxillaire. Cette pièce est construite sur le principe des dentiers à succion, complétement isolée des dents restantes et fixée au palais par le seul moyen d'une chambre à air. (*Hôpital Saint-Antoine.*)

61. VERNEUIL. . . Obturateur appliqué après une opération de staphylorraphie; le voile a pu être réunie en partie, et les portions dures de la voûte, séparées par un trop grand espace, n'ont pu être rapprochées, et la fermeture de l'orifice restant a nécessité l'emploi de cet appareil. (*Hôtel-Dieu.*)

63. MONOD. . . . Obturateur fenêtré avec luette articulée, appareil porté depuis 5 ans. (*Maison municipale de santé.*)

67. MALGAIGNE. . Obturateur à cage en or pour division congénitale de la voûte et du voile du palais. Cet appareil est l'un des plus élémentaires que nous ayons contruits, mais il a donné néanmoins des résultats assez satisfaisants; car nous n'avons pu obtenir du malade qu'il fût remplacé par un plus perfectionné. (*Hôpital Beaujon.*)

120. LANGENBECK *de Berlin*. Modèle d'une pièce exécutée pour un malade auquel on avait pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur dans sa totalité à la suite d'un cancer de cette région.

121. GOFFRES. . . Appareil rétablissant la symétrie de l'arcade dentaire inférieure détruite par une tentative de suicide. La figure de cet appareil représente une arcade dentaire supplémentaire et appliquée extérieurement à l'arcade dentaire restante et rétrécie de plus d'un tiers par la blessure. (*Hôp. mil. de Vincennes.*)

122. GOFFRES. . . Appareil pour remédier à la perte des 6 dents antérieures de la mâchoire supérieure et d'une portion de l'os incisif emportée par un coup de pied de cheval. (*Même hôpital.*)

123. HARDY. . . . Obturateur pour division congénitale du voile du palais.—Sujet déjà opéré par M. Roux.

124. MARJOLIN. . . Obturateur du voile du palais, seule division congénitale sur un sujet âgé de 11 ans. (*Hôp. des enf. mal. Ste-Eugénie.*)

125. SIMPSON *d'Édimbourg*. Obturateur pour une division très-large de la voûte et du voile du palais.

130. GOSSELIN. . . Obturateur après staphylorraphie; le voile seul ayant pu être réuni. (*Hôpital Cochin.*)

131. RICHET. . . . Nez artificiel; accidents syphilitiques. (*Hôpital de la Pitié.*)

138. BOUCHUT. . . Obturateur pour une division d'origine syphilitique de la voûte et du voile, simulant par sa disposition une division congénitale chez une petite fille de 11 ans.

Nous avons pu faire profiter cette enfant de la disposition nouvelle de nos appareils, que nous appliquons aux cas congénitaux. (*Hôpital Sainte-Eugénie.*)

142. CUSCO. . . . Appareil destiné à combler la perte de substance résultant de l'ablation d'une portion du maxillaire supérieur suite de nécrose. Cet appareil est en place depuis six ans. (*Hôpital de la Salpêtrière.*)

150. CALVO. . . . Appareil à voile mobile pour une nécrose syphilitique d'une portion antérieure du maxillaire supérieur, obturant deux cavités dans la voûte palatine et une fissure dans le voile du palais. (*Dispensaire spécial de la cité Trévise.*)

151. VELPEAU. . . Nez artificiel.

152. JOBERT DE LAMBALLE. Appareil contentif à la mâchoire supérieure et maxillaire artificiel pour remédier aux suites d'une ablation de cet os du côté gauche.

Les collections sont soumises à l'examen de MM. les Chirurgiens et Médecins de 4 à 5 heures tous les jours, le dimanche excepté.

En prévenant à l'avance, on pourra voir des sujets porteurs des appareils.

A. PRÉTERRE, 29, boulevard des Italiens, Paris.

OUVRAGES DE M. PRÉTERRE.

Les dents. 16e édition, considérablement augmentée et enrichie de 139 gravures. 1 vol. in-18, broché 1 fr. 25, relié 2 fr. 25.

De l'emploi du protoxyde d'azote pour extraire les dents et pratiquer les opérations dentaires sans douleur. In-8°, 8e édition, 1 fr.

Recherches sur les propriétés physiques et physiologiques du protoxyde d'azote liquéfié. In-8°, 1 fr.

Conseils aux personnes qui ont perdu des dents. In-18, 1 fr.

Des élixirs et poudres dentifrices. Leurs inconvénients. Notice sur la poudre et l'élixir Préterre. In-32, 1 fr.

De la première et de la seconde dentition. Conseils aux mères de famille. In-32, 1 fr.

Traité des divisions congénitales ou acquises de la voûte du palais et de son voile. 1 vol. in-8 illustré de 97 gravures, 15 fr.

Musée des restaurations buccales. Un album in-folio illustré de magnifiques planches gravées sur acier d'après nature, 50 fr. (En préparation.)

L'art dentaire. 29 vol. in-8°, 10 fr. le vol. (Cette collection comprend les observations détaillées des malades confiés à M. Préterre par MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux de France et de l'étranger, et la description illustrée des appareils construits pour les diverses lésions de la bouche.)

Ces ouvrag[illegible] de l'*Art dentaire*, 29, boulevard des Italiens. — Ils [illegible] ge d'un mandat ou de timbres-poste français.

PR[illegible] NSES DÉCERNÉES A M. PRETERRE.

MÉDAILLE UNIQUE 1855
(Prothèse.)

A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE PARIS.

GRANDE MÉDAILLE D'HONNEUR 1862
A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE LONDRES

GRAND PRIX DÉCERNÉ EN 1863
PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

MEDAILLE D'OR (UNIQUE) 1867
A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE PARIS.

DIPLOME ET MÉDAILLE D'HONNEUR 1870-71
POUR SOINS DONNÉS AUX BLESSÉS.

MÉDAILLE D'OR (UNIQUE) 1878
A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE PARIS

Paris. — Imprimerie L. Baudoin et Ce rue Christine, 2.